

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

цмк сестринского дела

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТА С ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Акинфиева Никиты Алексеевича**

Научный руководитель
Преподаватель Дмитриенко Н.Э.

Рецензент Главная медицинская сестра
ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая
психоневрологическая больница»
М.В. Кузьмина

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ	5
1.1. Этиология и патогенез	5
1.2. Клинические проявления и течение заболевания	8
1.3. Психические расстройства при эпилепсии	11
1.4. Сестринский уход, профилактика и роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов с эпилепсией.....	13
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ	20
2.1. Структура ОГБУЗ «Городской больницы №2 г. Белгорода» и неврологического отделения.....	20
2.2. Исследование влияния заболевания на жизнь пациентов	22
2.3. Исследование деятельности медицинской сестры для улучшения качества жизни пациентов с эпилепсией	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	39

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена тем, что по оценке министерства здравоохранения Российской Федерации, на данный момент в России эпилепсией болеют более 1 миллиона человек, что составляет около 0,5-1% населения в целом. Эпилепсия ежегодно диагностируется у 100 тысяч человек.

Эпилепсия – хроническое неврологическое заболевание, вызванное нарушениями деятельности головного мозга из-за чрезмерной электрической активности нейронов и сопровождающееся периодически возникающими припадками. Причины возникновения эпилепсии могут быть очень разными, начиная с инфекционных заболеваний, таких как менингит или энцефалит, и заканчивая травмами, опухолями и др. Эпилепсия – это одно из старейших распознаваемых состояний в мире, о котором сохранились письменные свидетельства, относящиеся к 4000 до н.э. Несколько десятков лет назад считалось, что лечение эпилепсии прерогатива психиатров. А еще раньше существовало мнение, что эпилепсия одна из форм сумасшествия. Пациентов, испытывавших приступы, помещали в дома для умалишенных и изолировали от общества. Кроме того, была распространена точка зрения, что таким людям не стоит вступать в брак и рожать детей. На протяжении столетий эпилепсия была окружена страхом, непониманием, дискриминацией и социальной стигматизацией. К сожалению, и в настоящее время имеет место дискриминация больных эпилепсией, которая вызвана неосведомленностью о заболевании и существующими необоснованными стереотипами. Чаще всего с ней сталкиваются при поступлении в образовательные учреждения и поиске работы. Подобная дискриминация влияет на качество жизни людей, страдающих этим расстройством, а также их семей. Бывают различные формы эпилепсии и далеко не во всех случаях они являются наследственными.

Сестринский процесс при эпилепсии включает в себя как своевременное выявление проблем, удовлетворение жизненных потребностей пациента, так и

помощь в восполнении дефицита знаний об особенностях течения заболевания, профилактике приступов, возможном прогнозе. Сестринская деятельность при эпилепсии направлена на улучшение качества жизни пациентов, их успешную социализацию. Следовательно, роль медицинской сестры при уходе за пациентами с эпилепсией чрезвычайно актуальна и значима.

Цель исследования: определить качество жизни пациентов с эпилепсией и роль медицинской сестры в его улучшении.

Объект исследования: эпилепсия, как заболевание ухудшающее качество жизни.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов с эпилепсией.

Для реализации поставленной цели необходимо решить такие **задачи:**

- 1) изучить научную литературу по выбранной теме и систематизировать полученные знания;
- 2) изучить аспекты, ухудшающие качество жизни пациентов с эпилепсией;
- 3) изучить роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов с эпилепсией.

Нами были определены следующие **методы исследования:**

- 1) анализ медицинской литературы;
- 2) анализ статистических данных;
- 3) анкетирование;

База исследования: ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», неврологическое отделение.

Структура работы: введение, 2 главы (теоретическая и практическая), 19 диаграмм, заключение, выводы, рекомендации, список использованных источников и литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ

1.1. Этиология и патогенез

Эпилепсия – хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, проявляющееся конвульсивными припадками, психологическими нарушениями и специфичными расстройствами личности с разными клиническими проявлениями и течением. Не выясненной окончательно остается этиология болезни. В нарушении работы мозга значение придают дизонтогенезу, который приводит в свою очередь к эктопии и неневрационной гиперчувствительности нейронов. Показано, что участки локальной корковой дисплазии и считаются источником эпилептогенеза. В геноме человека установлена локализация генов, реализующих доброкачественные неонатальные судороги, некоторые формы миоклонической эпилепсии, а также некоторых заболеваний, протекающих с эпилептическими припадками. В происхождении болезни имеет значение сочетание органического повреждения мозга (черепно-мозговая травма, нейроинфекция, сосудистое заболевание) и наследственной предрасположенности к чрезмерным нейронным разрядам. Лица, являющиеся конкретными родственниками больных эпилепсией, имеют риск развития болезни. В то же время риск повыше и при структурном повреждении головного мозга. В базе эпилепсии лежит эпилептический процесс, обеспечиваемый работой эпилептической системы (эпилептический очаг, проводящие пути, структуры, усиливающие эпилептогенез) [7, с.112].

Различают патогенез (механизм развития) припадков и патогенез самой болезни. Патогенезу припадков посвящены многочисленные исследования. Имеется обширная литература по так называемой экспериментальной эпилепсии. Практически речь идет не об эпилепсии, а об опытных эпилептических приступах, вызываемых у животных, стоящих на различных ступенях эволюции. К сожалению, эти данные не имеют все шансы быть всецело перенесены на эпилепсию человека. В опыте получают отдельные

припадки. В медицинской практике мы имеем дело с заболеванием. Не считая такого, в опыте получается вызвать вдали не все облики приступов, встречающихся при эпилепсии. Речевые, психосенсорные и почти все иные пароксизмы, наблюдаемые при эпилепсии у человека, в опыте получить не получается. Изменения личности, имеющие место при эпилепсии, характерны лишь только человеку и не имеют все шансы быть вызваны опытно у животных. В механизме появления эпилептических припадков принимают роль три ведущих фактора - завышенная конвульсивная или, вернее, пароксизмальная готовность, эпилептический очаг, наружный эпилептогенный раздражитель [9, с.100-109].

В различных случаях эпилепсии эти три фактора присутствуют в неодинаковых отношениях. У первых больных ведущую роль в припадках играет завышенная припадочная готовность, у иных — эпилептический очаг, у третьих — наружный эпилептогенный раздражитель. В зависимости от преобладания такого или же другого фактора в механизме становления припадков различают 2 вида эпилепсии.

Первый вид — первичная эпилепсия, ведущий смысл в припадках зависит завышенная пароксизмальная готовность, которая имеет возможность быть наследственно обусловленной, прирожденной и полученной. Чаще всего она считается полученной — как последствие перенесенных органических болезней центральной нервной системы (родовые травмы, постнатальные инфекции, травмы, поражающие головной мозг и его оболочки, интоксикации и др.) [3, с.78-80].

Пароксизмальная готовность, определяемая, в значимой мере порогом возбудимости нервных клеток не размеренная. Чем ниже порог возбудимости нервных клеток, тем более пароксизмальная готовность и проще наступают приступы. И напротив, чем выше порог возбудимости нервных клеток, что меньше припадочная готовность и сложнее развиваются припадки. Порог возбудимости нервных клеток, как и припадочная готовность, каждый день колеблется в зависимости от состояния организма, воздействия внутренних и

наружных моментов. К примеру, установлено, что эпилепсия чаще наступает в детском возрасте. Впрочем, большая заболеваемость приходится на пубертатный этап, когда случается важная эндокринная и нервно-психическая перестройка организма. В кое-каких случаях первые симптомы заболевания появляются во время беременности. Беременность сама по себе, естественно, не считается предпосылкой эпилепсии, впрочем с переменой активного состояния организма снижается порог возбудимости нервных клеток, увеличивается припадочная готовность и находившийся в сокрытом состоянии эпилептический очаг активируется. У иных больных первые симптомы болезни совпадают с началом менструального цикла. В том числе и особый термин «менструальная эпилепсия» [12, с.92-97].

Второй вид — фокальная эпилепсия, при которой ведущую роль в развитии припадков играет эпилептический очаг. Он всякий раз считается полученным. Данную эпилепсию ещё именуют вторичной, например как она связана с экзогенными воздействиями. Появляется она в итоге органических поражений центральной нервной системы. Эпилептический очаг имеет возможность существовать почти все годы, а временами всю жизнь, клинически ничем не проявляясь. При необходимой активности защитных и компенсаторных процессов организма эпилептический очаг угнетается и располагается в инактивном состоянии, например же как и пароксизмальная готовность. Последняя, имеет возможность быть несколько повышена (по сопоставлению с бодрствующими людьми), но не так, чтобы развился припадок [14, с.220-227].

В практике наибольший смысл содержит классификация эпилептических припадков. Моменты риска появления припадков: для повторяющихся припадков, образующихся больше или же наименее периодически: менструальный цикл, эпилепсия сна и бодрствования. несенсорные моменты: утомление, спиртное, гипогликемия, депривация сна, стрессовые истории; сенсорные моменты (рефлекторные эпилептические припадки): зрительное влияние, пореже слуховое [14, с.228-230].

1.2. Клинические проявления и течение заболевания

Клинические особенности различных припадков:

1) Сложные парциальные припадки, протекающие с потерей сознания, в первый раз образующиеся в любом возрасте, нередко начинаются с ауры: тошнота или же дискомфорт в области желудка, головокружение, головная боль, боль в груди, положение «уже виденного». Свойственны односторонние фокальные нарушения на электроэнцефалограмме в межприступном периоде, при генерализации двусторонние эпилептические разряды;

2) Джексоновская эпилепсия — обычные парциальные припадки с моторными, сенсорными или же сенсомоторными приступами. При генерализации джексоновский марш зачастую сопрягается с нарушением или же утратой сознания. При правосторонних судорогах вполне вероятно несоблюдение речи по типу моторной афазии;

3) Типичный тонико-клонический припадок (большой судорожный). Как правило наступает с разряда патологической энергичности, обхватывающей целый мозг. Имеются утрата сознания, апноэ, прикус языка, тонические, вслед за тем клонические судороги. В фазе релаксации — утрата мочи. Продолжительность припадка как правило не больше 1,5—2 минут. Впоследствии него перепутанное положение сознания, сон в направлении нескольких часов, отмечается амнезия. Вполне вероятно психомоторное возбуждение, сумеречное сознание. При падении нередки травмы. Наблюдаются серии припадков [9, с.92-97].

4) Височная (лимбическая) эпилепсия. Считается формой парциальной эпилепсии, чаще встречается при левосторонней локализации очага как в самой височной доле, так и в иных образованиях лимбической системы. Клинические проявления сложны и разнообразны, тем что определяется полифункциональностью лимбической системы. Припадки включают всевозможные вегетативно-висцеральные, психоэмоциональные, мнестические, галлюцинаторные проявления. Нередко наблюдающиеся

психомоторные (сложные парциальные) припадки выражаются в немотивированном поведении больного на фоне модифицированного сознания с дальнейшей амнезией. Приступы нередко сопровождаются выраженной вегетативно-висцеральной симптоматикой. Продолжительность — 3—5 минут. В постприпадочном периоде — оглушенность, головная боль, чувственные нарушения (тоска, страх). Глубина нарушения сознания, выраженность припадочной и постприпадочной симптоматики дают возможность по тяжести приравнять данный пароксизм к большенному конвульсивному припадку. Сумеречное состояние сознания считается последующим утяжелением психомоторного припадка. Появляются галлюцинации, бредовая интерпретация реальности. Поведение больного имеет возможность быть небезопасным. Эти состояния продолжаются от нескольких минут до нескольких часов и днем и ночью. Случаются и двигательные пароксизмы: жевательные, глотательные, сосательные автоматизмы (оперкулярные припадки). У подавляющего большинства больных (60—70 %) височному припадку предшествует обычная аура, в других случаях она амнезируется [13, с.225-228].

Эпилептический статус. Это состояние, образующееся впоследствии неоднократно циклических или на фоне первого непрекращающегося припадка. Более важен статус конвульсивных припадков, который может встречаться при любом виде припадков. Факторы, содействующие появлению статуса: инфекционные и соматические болезни, спиртная интоксикация (абстинентный период), неожиданный интервал в излечении эпилепсии, несоблюдение сна и др. В случае большого припадка любой грядущий приступ возникает на фоне нарушенного сознания. Статус припадков имеет возможность быть генерализованным, парциальным, односторонним, сопровождаться воплощенным нарушением дыхания, увеличением артериального давления, тахикардией, гипертермией. Вполне вероятно коматозное положение. В послестатусном периоде видятся бульбарные нарушения, переходящий или же устойчивый гемипарез [2, с.44-56].

Психологические нарушения в межприпадочном периоде. Они имеют все

шансы быть обоснованы поражением мозга, генетическими причинами, самим прецедентом присутствия эпилептических припадков, противоэпилептической терапией, другими основаниями. Совместные клинические симптомы эпилептического приступа - кратковременность (секунды, минуты), стереотипность и регулярность, условная свобода от наружного влияния, частота или же другая уровень нарушения сознания, зачастую приуроченность к конкретному времени дня и ночи [5, с.62-84].

Диагноз не может быть установлен на основании ретроспективного анализа пароксизмальных состояний, описанных больным или же его родственниками. Нрав и частота припадков обязаны быть доказаны врачебными документами, данными стационарного обследования. Данные добавочных изучений: Электроэнцефалограмма. Более значительный в диагностическом отношении способ изучения. Свойственные изменения электроэнцефалограммы имеют все шансы выявляться и у больных с симптоматической эпилепсией, в прочем в данных случаях смешиваются с другими нарушениями биоэлектрической активности, зависящими от главного процесса [10, с. 180-191].

Компьютерная томография, магниторезонансная томография актуальны при диагностике симптоматической эпилепсии, впрочем визуализация мозговых структур зачастую разрешает обнаружить локальные изменения (атрофия, кисты и др.) при идиопатической или же локально обусловленной криптогенной форме. Пневмоэнцефалография, ангиография при диагностике эпилепсии в реальное время применяются изредка. Ангиография очень значима для выявления сосудистых мальформаций (артерио-венозных аневризм), нередко манифестирующих эпилептическими припадками. Определение содержания нейромедиаторов, в частности нейропептидов (серотонина, Гамма-аминомасляной кислоты, пролактина и др.), в ликворе и крови применяется, при исследовании патогенеза эпилепсии, определении направлений медикаментозной терапии [2, с.10-16].

Впоследствии однократного конвульсивного припадка у зрелого человека без неврологической патологии возможность рецидива в ближайшие три года оформляет в пределах 25%. Эти лица нуждаются в надзоре. При прогнозировании течения заболевания и вероятных ограничений жизнедеятельности идет по стопам принимать во внимание ряд общественных критериев [2, с.17].

1.3. Психические расстройства при эпилепсии

Психические расстройства при эпилепсии появляются переменами у больного различными психопатологическими расстройствами. Изменения личности так специфичны, собственно что по ним возможно поставить диагноз. Изменения личности больных определяют термином «эпилептический характер». Для больного свойственны эксплозивные черты: раздражительность, мелочная придирчивость, нетерпеливость, возмущение, обидчивость, воплощенные в разной степени. Просто появляются вспышки гнева, временами ярости, сопровождаемые грубостью, раздорами, злостью [6, с.93].

Больные предрасположены к упрямству, не терпят противоречий, убеждены в собственной правоте. Совместно с тем отмечаются диаметрально обратные черты нрава: застенчивость, робость, нерешительность, а еще предрасположенность к самоуничтожению, гиперболизированная любезность, доходящая до льстивости и подобострастия, почтительность и ласковость в общении, влечение не элементарно дать согласие, а выделить свое единодушие с воззрением собеседника или же восторг им – например именуемая дефензивность. Настроение больных эпилепсией подвержено колебаниям – от угрюмо-пониженного до повышенно-беспечного или же возбужденного. Мышление больных эпилепсией содержит ряд своеобразных особенностей. У них отмечаются заторможенность ума, трудность или же невозможность сконцентрировать внимание, понижение работоспособности.

Свойственны «застревание» на подробностях, невозможность отметить ключевое, трудность перехода от одних представлений к другим. Предоставить короткий ответ они не в состоянии. Речь больных нередко бедна, каждый день сопрягается с возвратами к уже произнесённому, имеет возможность быть певучей, сопровождаться патетическими интонациями [7, с.72-95].

Больные эпилепсией высоко рассматривают все то, собственно что относится к мнению «справедливость», к примеру правдолюбие, законность, преданность тексту, совесть, и подчеркивают присутствие данных свойств у себя. Они всякий раз поборники оного, тем более в мелочах. Осознание иных людей, в частности их интересов, у больных снижено. По их воззрению, все обязаны испытать по отношению к чему-нибудь те же ощущения, собственно, что и у них. У 1 больных проявлены детскость и незрелость суждений, у иных – рассудительность, предрасположенность к увещаниям, влечение примирить, т.е. свойства, присущие лицам, большое количество видевшим и пережившим. Эти болезненные уже в юности изготовляют эмоцию «маленьких стариков».

Отношение больных эпилепсией к своей болезни (как впрочем, и ко всему прочему) определяется настроением. Однако чаще они поглощены своим состоянием. Больные считают отправления организма чрезвычайно важными и без конца о них говорят.

Обычно они прилежно лечатся, верят в успех лечения и выздоровления (эпилептический оптимизм). В немалой степени эпилептическим оптимизмом объясняется тот факт, что больные охотно берут на себя обязательства, которых они не в состоянии выполнить.

Вместе с тем многим больным свойственны астенические и истерические формы реагирования – вплоть до истерических припадков. Больные быстро утомляют собеседника, назойливостью, копанием в мелочах, что позволило сформулировать основное качество их психики – навязчивость [10, с.120-127].

Имеются такие наблюдения, при которых наиболее выраженные и типичные изменения личности приписываются больным с височной

эпилепсией. Существует немалое число больных, у которых в течение жизни отмечались лишь единичные припадки, например малые. Однако изменения личности у таких больных имеют типичные эпилептические черты.

Интеллектуальные способности больных со временем ухудшаются. Слабоумие возникает у 61% больных с началом эпилепсии в детстве и у 24% при дебюте заболевания в старших возрастных группах.

1.4. Сестринский уход, профилактика и роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов с эпилепсией

Прямые обязанности медицинского персонала в неврологическом отделении имеют особые отличия от работы в иных отделениях. Отличия в работе находятся в зависимости от контингента оказавшихся на лечении больных. Некоторые больные не имеют все шансы расценить собственное заболевание, или же в общем не считают себя больными. Нередко у больных имеются приступы возбуждения и агрессивного поведения, собственно, что считается небезопасным для медицинского персонала [13, с.100-109].

Медицинский персонал в неврологическом отделении обязан каждый день показывать внимательность, упорство, отзывчивость, вежливость, заботу к больным. Медицинские сотрудники обязаны игнорировать яркую косметику, ношения украшений, которые имеют все шансы быть сорваны больными с психомоторным возбуждением. Медицинские сестры одевают халат и шапочку. Волосы нужно убирать под шапочку. С больными, не обращая внимания на их поведение, нужно быть терпеливыми, обходительными, благожелательными [14, с.220-225].

В организации слаженной работы неврологического отделения огромную роль содержит работа медицинской сестры, которая осуществит не только назначения доктора, лечебные манипуляции, уход за больными, но и может помочь больным в выздоровлении и реабилитации. Медицинская сестра обязана быть отлично ознакомлена о числе больных в отделении, знать

больных по имени, отчеству, фамилии, в каких палатах лежит любой из них. Она обязана знать о психологическом заболевании больных, особенностях его течения, о состоянии на этот момент, о проводимом ему лечении [9, с.77].

Общение медицинские сестры с пациентами надлежит быть серьезным, терпеливым, внимательным. Медицинская сестра обязана строго наблюдать за режимом в неврологическом отделении, например как его поддержание считается гарантией удачного лечения больных. Медицинский персонал должен наблюдать за собственной речью, в пребывании больных, нельзя допускать беседы на чужие темы, это может причинить урон психологическому состоянию больного. Возбраняется при больном рассуждать о состоянии его самочувствия или же самочувствия иного больного. С больными нельзя острить, усмехаться над ними [4, с.54-66].

Медицинская сестра должна всегда на вопросы больных давать четкие, правдивые ответы, тогда, когда это не представляется возможным, лучше поменять тему разговора. Больные с бредом требуют более чуткого и терпеливого отношения, часто они сомневаются в правильности лечения, высказываются о вреде нахождения в больнице для их здоровья и даже жизни. Таких больных не нужно усиленно разубеждать, это может привести к обратному эффекту, вызвать еще большее недоверие к медперсоналу.

При эпилептической болезни проводится первичная и вторичная профилактика. Меры первичной профилактики эпилепсии разработаны пока недостаточно. В связи с ролью генетических факторов в этиологии заболевания для его профилактики важно предотвратить брак двух лиц, страдающих эпилепсией, а также тщательно наблюдать за здоровьем детей в семьях с наследственной отягощенностью. Такие дети имеют повышенный риск развития эпилепсии. Вероятность манифестации судорожных явлений в этих случаях особенно велика во время соматических заболеваний, интоксикаций, черепно-мозговых травм; таким детям до трех лет не рекомендуется делать профилактические прививки (исключая случаи особой эпидемиологической обстановки).

К мерам первичной профилактики эпилепсии также относятся охрана здоровья беременной, охрана плода в пренатальном периоде, предупреждение родовых травм и инфекций в пренатальном и постнатальном периодах.

Вторичная профилактика, т. е. предупреждение неблагоприятного течения и обострений заболевания, сводится в основном к стабилизации достигнутой терапевтической ремиссии. При этом наряду с адекватным и систематическим лечением особое значение приобретают профилактика интеркуррентных заболеваний, забота о режиме и питании больного [8, с.93].

Следует уделять большое внимание трудоустройству больных, страдающих эпилепсией, при этом учитывая частоту припадков и время их появления. Редкие ночные припадки мало ограничивают трудоспособность больных, но этим больным следует запретить работу в ночное время. При дневных приступах с потерей сознания запрещается работать на высоте, у огня, в горячих цехах, на движущихся механизмах, транспорте, в охране, работа с промышленными ядами и связанная с материальной ответственностью. При частых припадках и снижении интеллекта больные получают вторую группу инвалидности. При полной неспособности к труду и необходимости постоянного ухода назначается первая группа инвалидности [8, с.67-72].

Качество жизни – категория, которая включает в себя различные стороны жизни человека: общее удовлетворение жизнью, в том числе здоровьем, удовлетворение жильем, работой, занятостью, персональной безопасностью и безопасностью семьи, образованием и проведением досуга. Хотя уровень выживаемости предварительно определяли как наиболее важный показатель, влияние здоровья на качество жизни получило мировое признание. Так, вопрос по улучшению качества жизни приобрел важное значение при регистрации некоторых лекарственных препаратов. Качество жизни, связанное с теми сторонами жизни, на которые больше всего влияет состояние здоровья или болезнь, формирует категорию «качество жизни, связанное со здоровьем» – специфическая категория для оценки исхода болезни и ее лечения, и определяется как часть физического, эмоционального и социального

положения, что является результатом влияния на здоровье или лечение.

Особенности общения с пациентами. Даже в тех случаях, когда наличествует судорожный синдром, а психические расстройства отсутствуют, у пациентов наблюдаются определенные особенности характера – обстоятельность, педантизм, склонность к эмоциональным разрядам.

Поэтому даже в отношении таких пациентов следует придерживаться определенных правил общения. Они заключаются в терпеливом выслушивании пациентов, хотя это нелегко при их медленной, излишне детализированной речи. Следует предвидеть неизбежность разрешения мелких конфликтов пациентов в больничных отделениях или в семье, когда они крайне нервно реагируют на излишне шумных соседей, на динамичные изменения режима, даже на перемещения предметов в палате или в квартире [1, с.9-14].

Больных эпилепсией нелегко отвлечь, перевести разговор на другие темы или избрать иные пути рассуждений. Во всяком случае, от медсестры требуется предельное спокойствие. Еще большее значение имеют терпеливость в общении и спокойствие при разрешении неизбежных конфликтов у эпилептиков с психическими расстройствами. При выслушивании таких лиц, с вязкой, застревающей на одной фразе или слове речью, можно предложить медработникам заканчивать фразы за пациентов.

Споры и конфликты в отделениях или в семьях следует разрешать так, чтобы у пациента осталось впечатление его, по крайней мере, частичной правоты или даже «победы» в конфликте. Советы, замечания следует давать обоим конфликтующим сторонам – пациенту и его оппонентам. Всегда необходимо помнить о злопамятстве и коварстве пациентов, страдающих эпилепсией с далеко зашедшими психическими расстройствами. Находясь рядом с ними, следует непрерывно держать их в поле зрения. Необходимо помнить о возможном развитии у пациентов тяжелых расстройств настроения (дисфорий) и незамедлительно применять меры неотложной помощи.

Пациенты, страдающие эпилепсией, часто обладают завышенной самооценкой; к своим поступкам они не критичны, к мелким обвинениям

относятся болезненно. Разрешение конфликтов с их участием часто представляет тяжелый труд для медработников, поэтому умение отдыхать и расслабляться требуется и от них самих. Обстоятельность и педантизм больных эпилепсией, являются факторами, облегчающими сбор информации. Однако даже в отношении пациентов, у которых психических расстройств не наблюдается, использование дополнительных источников информации обязательно [3, с.43-48].

Пациенты чаще не помнят о судорожных и предсудорожных проявлениях, забывают начало припадка, но для лечебного процесса знать характер ауры и бессудорожных проявлений очень важно – это может определять направленность терапии и решение вопроса об использовании нейрохирургических вмешательств.

Еще в большей степени дополнительные источники информации, сведения, получаемые от родственников и близких, требуются для проведения сестринского процесса у пациентов с психическими расстройствами, обусловленными эпилепсией. Пациенты не помнят о сумеречных состояниях сознания, а расстройства настроения (дисфории) склонны предписывать не болезни, а дурным поступкам окружающих [3, с.52-56].

Больные эпилепсией, в противоположность депрессивным больным, склонны вообще во всем себя оправдывать, в частности во всех возникающих конфликтных ситуациях в семье. Нельзя не отметить, что и члены семей, в которых находятся пациенты, страдающие эпилепсией, не всегда ведут себя правильно. Особенно это касается братьев или сестер пациентов. Рассматривая их как «припадочных» или «дурных», они отторгают пациентов, не берут их на прогулки, в молодежные компании и т. д. Таким образом, семейные проблемы следует четко обозначать после сопоставления нескольких версий.

Главнейшей, приоритетной проблемой у пациентов, страдающих эпилепсией, являются судорожные припадки, которые наступают совершенно неожиданно, могут наступить в опасной для больного ситуации, например на улице с интенсивным дорожным движением. Периодические судорожные и

иные припадки сами по себе изменяют психическую жизнь пациента, формируют чувство неполноценности, пониженное настроение, недовольство и озлобленность к окружающим.

Периодически возникающие расстройства настроения, приводящие пациента к конфликтам с окружающими и криминальным поступкам (а также к агрессии в отношении медперсонала). В сумеречном состоянии сознания поведение пациентов также является непредсказуемым. Конфликты могут сопровождать больного везде: в семье, на месте работы, в лечебно-трудовых мастерских, в лечебном учреждении [15, с. 230-237].

Больные эпилепсией, как правило, принимают медикаменты аккуратно, однако многие из них (барбитураты, дифенин и др.) весьма токсичны. Побочные эффекты могут возникнуть, хоть и реже, и при приеме ряда других средств: финлепсина, клоназепама, вальпроата натрия, этосукцимида. Следует помнить, что больные эпилепсией, особенно с психическими расстройствами, склонны к потреблению алкоголя, а это может привести к развитию весьма грозного осложнения болезни – эпилептического статуса [18, с. 102-103].

Планирование сестринских вмешательств и их оценка:

- 1) физические проблемы (припадки, побочные эффекты медикаментов);
- 2) эмоциональные проблемы (расстройства настроения);
- 3) духовно-социальные проблемы, связанные с положением пациентов в семье или в месте занятости.

Рекомендации пациентам с эпилепсией, которые медицинская сестра может предоставлять больному и родственникам

Режим дня. Обеспечьте полноценный ночной сон не менее 8-ми часов в сутки. Следует избегать недосыпания, раннего и насильственного пробуждения. Избегайте психических и физических перегрузок.

Питание. Исключите употребление алкоголя. Алкоголь провоцирует приступы, повышает их частоту, усиливает тяжесть. Кроме того, алкоголь не совместим с большинством противоэпилептических препаратов. Нет сведений

о том, что определённые продукты питания могут спровоцировать приступ, либо предотвратить его развитие. Соблюдение диеты, а также приём антацидных, ферментных, противорвотных препаратов может потребоваться, если на фоне лечения противоэпилептическими препаратами возникают побочные действия со стороны желудочно-кишечного тракта (диспептические явления).

Приём лекарственных средств. Многие лекарственные средства могут спровоцировать развитие приступа у больного эпилепсией, или, вступая во взаимодействие с противоэпилептическими препаратами, вызывать серьёзные побочные эффекты. Стоит советоваться со своим лечащим врачом перед тем, как принимать новый препарат. Например, аспирин не совместим с препаратами вальпроевой кислоты (повышает риск кровотечений). Парацетамол может вызывать повышение ферментов печени у пациентов, принимающих карбамазепин. Применение адсорбентов (активированный уголь, смекта и др.) может приводить к нарушению всасывания антиэпилептических препаратов. Приём дополнительной дозы противоэпилептического препарата может потребоваться при рвоте и диарее [16, с.201-204].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

2.1. Структура ОГБУЗ «Городской больницы №2 г. Белгорода» и неврологического отделения

Белгородская городская больница №2, основана в 1975 году – это одно из ведущих многопрофильных учреждений здравоохранения города Белгорода для оказания плановой и экстренной специализированной медицинской помощи взрослому населению. Помимо лечебной базы, в больнице в полном объеме имеется современное диагностическое оборудование.

Специализированную медицинскую помощь оказывают 313 врачей, из которых 70% имеют высшую и первую квалификационную категорию, 790 средних медицинских работников из которых 65% имеют высшую и первую категорию, 7 врачам присвоено почётное звание - «Заслуженный врач Российской Федерации», 11 сотрудников награждены знаком «Отличник здравоохранения», 15 врачей имеют учёную степень кандидата медицинских наук, 1 врач доктор медицинских наук.

В настоящее время неврологическое отделение открыто на 59 круглосуточных коек и 12 коек дневного стационара. Расположено на 3 этаже терапевтического корпуса Городской больницы №2 г. Белгорода.

В отделении работают 9 врачей. 4 доктора имеют высшую квалификационную категорию, 1- первую квалификационную категорию и 2 – вторую квалификационную категорию. Заведующий отделением имеет ученую степень доктора медицинских наук, 1 доктор имеет ученую степень кандидата медицинских наук.

Средний медицинский персонал представляют 15 медицинских сестер, из них 8 человек имеют высшую квалификационную категорию и 5 – первую

квалификационную категорию. Младший медицинский персонал – 7 человек.

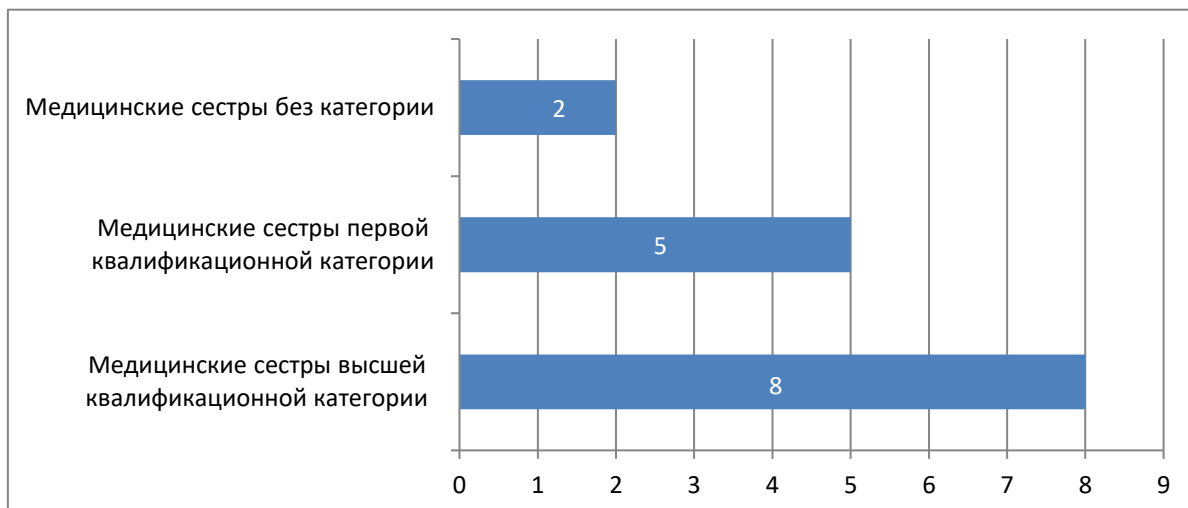


Рис. 1. Квалификации среднего медицинского персонала.

Все врачи и средний медицинский персонал имеют сертификаты специалиста. Неврологическое отделение оказывает круглосуточную помощь больным с заболеваниями центральной и периферической нервной систем, поступающим в стационар в экстренном порядке и по плановому направлению городских поликлиник №5, №6, №7 и №8.

Для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики используются самые современные виды обследования. В лечении неврологической патологии применяются современные лекарственные препараты и схемы терапии в соответствии с международными рекомендациями и соглашениями. В разработке персонифицированных методов диагностики и лечения отделение сотрудничает со смежными специалистами: терапевтами, кардиоревматологами, рентгенологами, нейровизуалистами, офтальмологами, нейрохирургами, психотерапевтами, психиатрами.

Отделение оказывает помощь пациентам неврологического профиля по многообразным видам патологии. В числе которых на лечение поступают пациенты с эпилепсией различного вида и эпилептическими синдромами. В отделение неврологии поступают пациенты у которых эпилепсия является основным заболеванием, а больные с эпилепсией, как сопутствующим заболеванием наблюдаются в других медицинских учреждениях.



Рис. 2. Общее число пациентов с эпилепсией находившихся на лечении

Используя статистические данные неврологического отделения нами была составлена данная диаграмма. В 2017 году произошло увеличение числа пролечившихся больных в результате перенесенных травм, нервно-эмоциональных ситуаций, перенесенных стрессовых ситуаций и др., а в 2018 году с помощью профессиональной терапии и профессионального и качественного сестринского вмешательства, этот показатель уменьшился и в итоге выровнялся с показателями 2016 года.

2.2. Исследование влияния заболевания на жизнь пациентов

Для исследования нами была составлена анкета для пациентов. Состоящая из 10 вопросов, в которой приняли участие 9 респондентов с эпилепсией и были обработаны полученные данные опроса.

Исходя из полученных данных анкетирования, мы получили следующее, что 6 респондентов (67%) мужского пола и 3 респондента (33%) женского пола приняли участие в опросе (Рис.3).

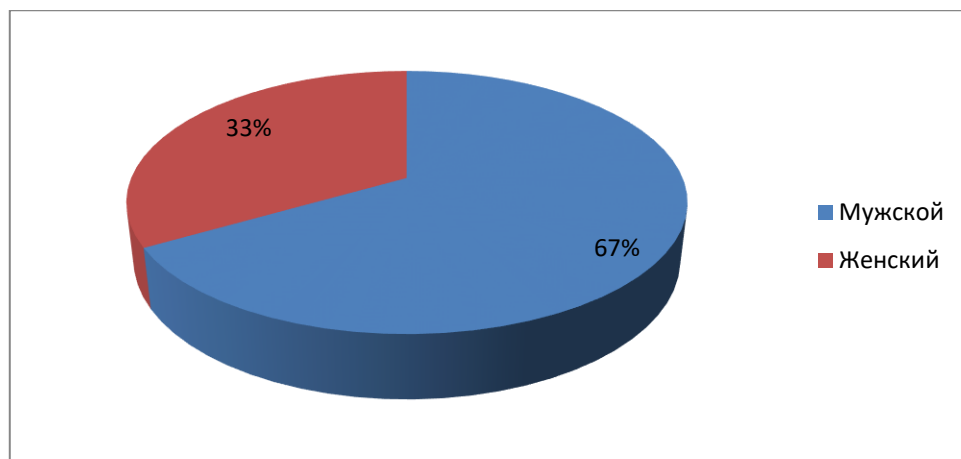


Рис. 3. Распределение респондентов по полу

Данная диаграмма, составленная по результатам анкетирования, показывает возраст респондентов находившихся в неврологическом отделении. 1 (23%) респондент в возрасте 20-35 лет, 5 (50%) респондентов в возрасте 36-45 лет, 2 (14%) респондента в возрасте 46-55 лет, 1 (10%) респондент в возрасте 56-75 лет (Рис.4).

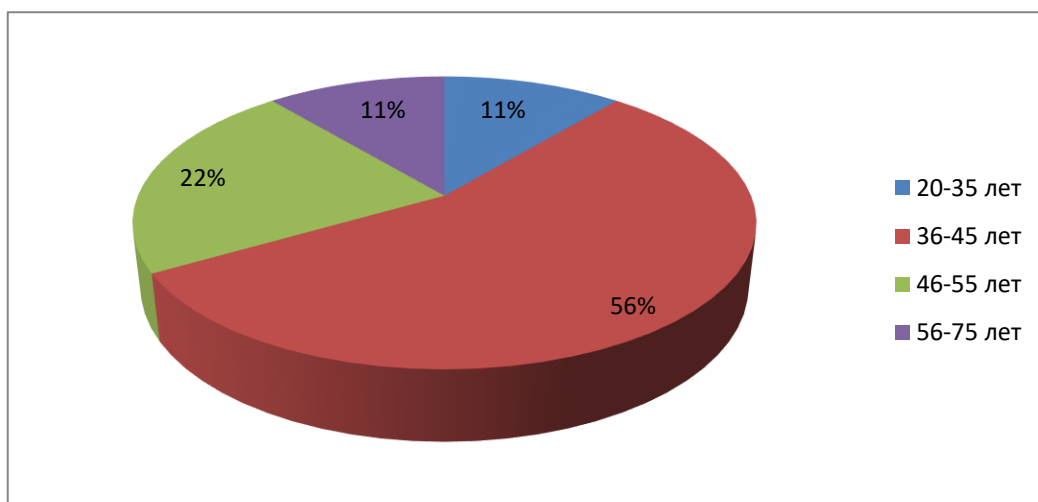


Рис. 4. Распределение респондентов по возрасту

Из данных полученных в результате анализа анкет, можно сделать вывод, что данное заболевание встречается в любом возрасте, но большая часть активности заболевания встречается в возрасте 36-45 лет.

Исходя из данных полученных в результате опроса мы видим следующее, что у 3 респондентов (33%) наблюдаются частые приступы, у 5 респондентов (56%) приступы наблюдаются раз в месяц, а у 2 респондентов (33%) отсутствуют в течении года (Рис. 5).

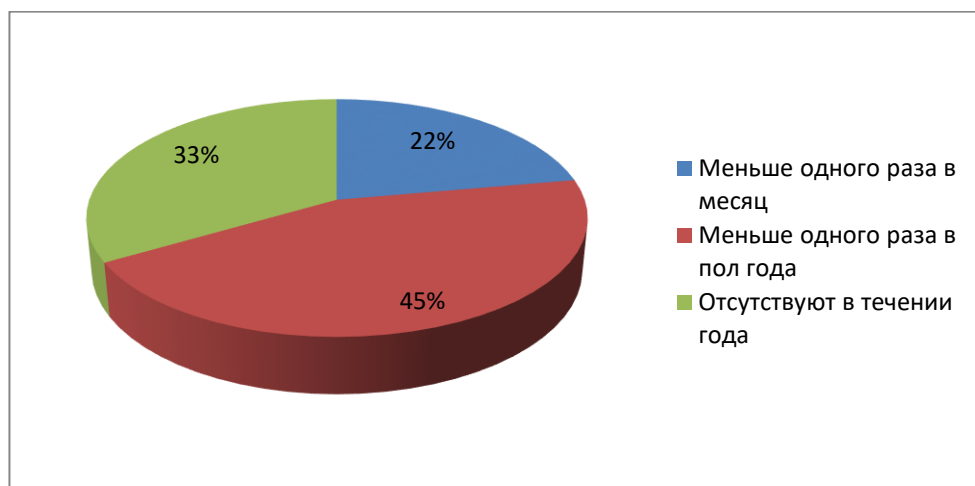


Рис. 5. Распределение респондентов по частоте приступов

Из полученных данных анализа, можем сделать вывод, что большая часть опрошенных находятся в стадии длительной ремиссии, что говорит о качественной работе медицинского персонала отделения.

Из результатов анализа полученных данных, мы видим, что в большей степени у 5 респондентов (56%), не имеется предвестников приступа, а у 4 респондентов (44%) имеются (Рис. 6).

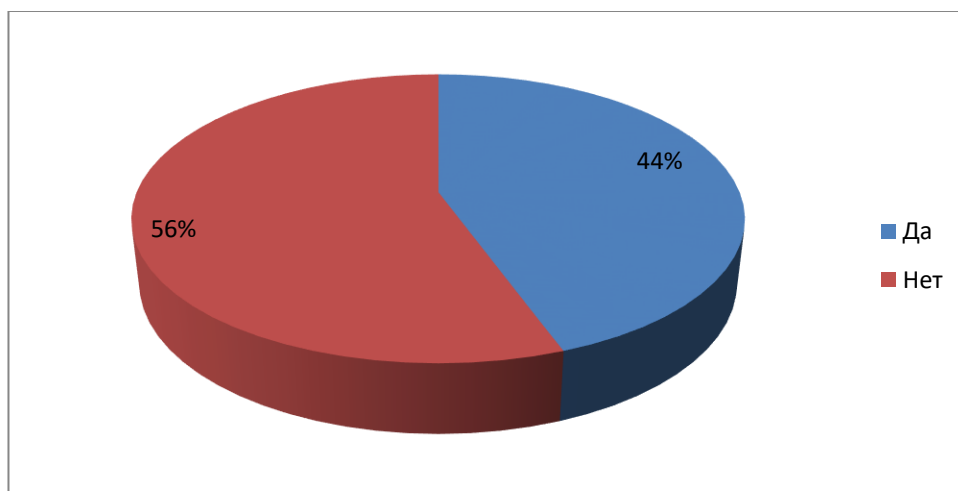


Рис. 6. Распределение респондентов по наличию предвестников приступа

Из приведенных выше результатов опроса, можно сделать вывод, что большая часть респондентов не имеет предвестников приступа, который оказывал бы влияние на предупреждение приступа или его последствий.

В диаграмме, составленной по результатам опроса показано, что 7 респондентов (78%) наблюдаются у невролога, а 2 респондента (22%) не наблюдаются у невролога (Рис. 7).

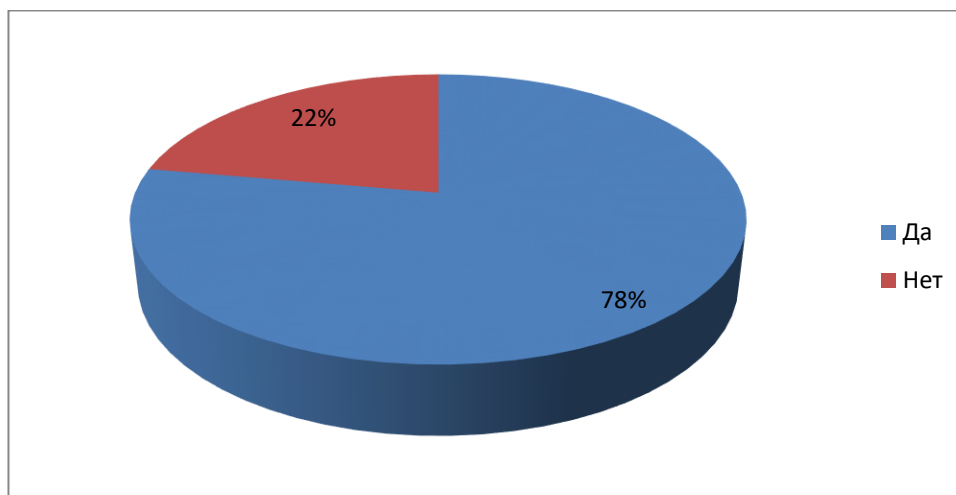


Рис. 7. Распределение респондентов по пребыванию на учете у невролога

По данным опроса можно сделать вывод, что среди всех опрошенных есть те, которые не наблюдаются у невролога и у них могут развиваться осложнения в связи с неинформированностью о заболевании и его лечении.

Исходя из полученных в результате опроса данных, мы составили диаграмму из которой мы можем сделать вывод, что 4 респондента (45%) получают консультации медицинской сестры, 3 респондента (33%) не получают консультаций, 1 респондент (11%) получает, но редко, 1 респондентов (11%) получает рекомендации часто (Рис. 8).

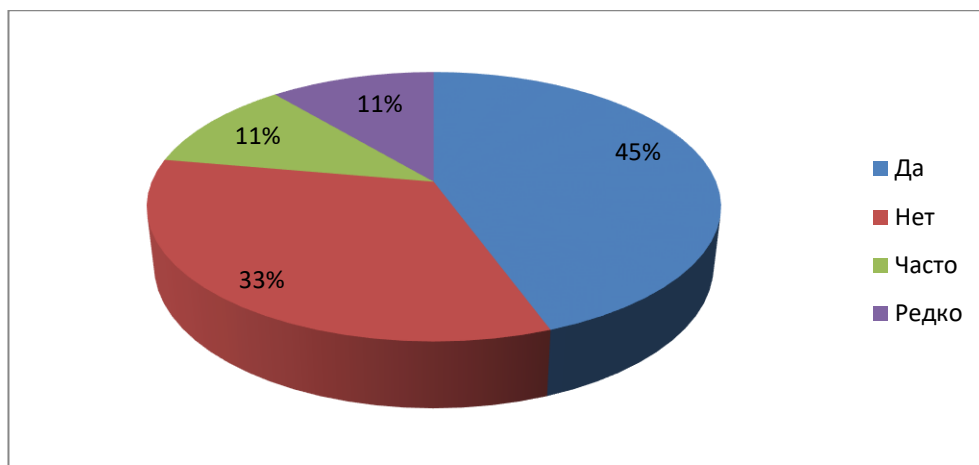


Рис. 8. Распределение респондентов по получаемой консультативной помощи

Исходя из данных опроса, сделали вывод, что не все пациенты получают консультации медицинской сестры касательно их заболевания.

По полученным из результатов опроса данным, мы составили диаграмму на которой показано количество респондентов по месту прохождения лечения, 6 респондентов (67%) проходят лечение в стационаре и поликлинике, а 3 респондента (33%) проходят лечение в платных учреждениях (Рис. 9).

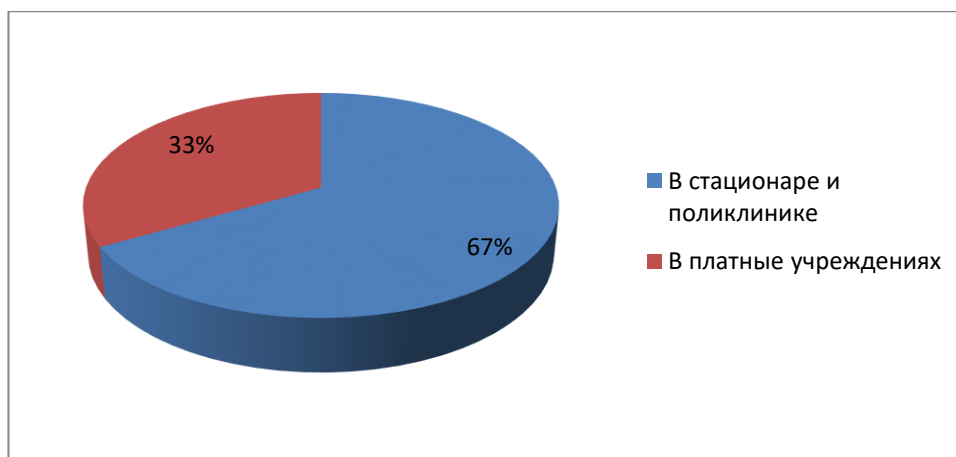


Рис. 9. Распределение респондентов по месту прохождения лечения

Исходя из полученных данных, сделали вывод, что большая часть респондентов проходят лечение в условиях поликлиники и стационаре, а меньшая часть респондентов находится на лечении в платных учреждениях.

Из полученных данных анкетирования, мы составили диаграмму на которой показано, что 3 респондента (33%) не имеют проблем в социальной жизни, 4 респондента (45%) имеют проблемы, 1 респондент (11%) имеет

проблемы, которые сильно не влияют на его жизнь, 1 респондент (27%) не имеет проблемы, но возникают трудности (Рис. 10).

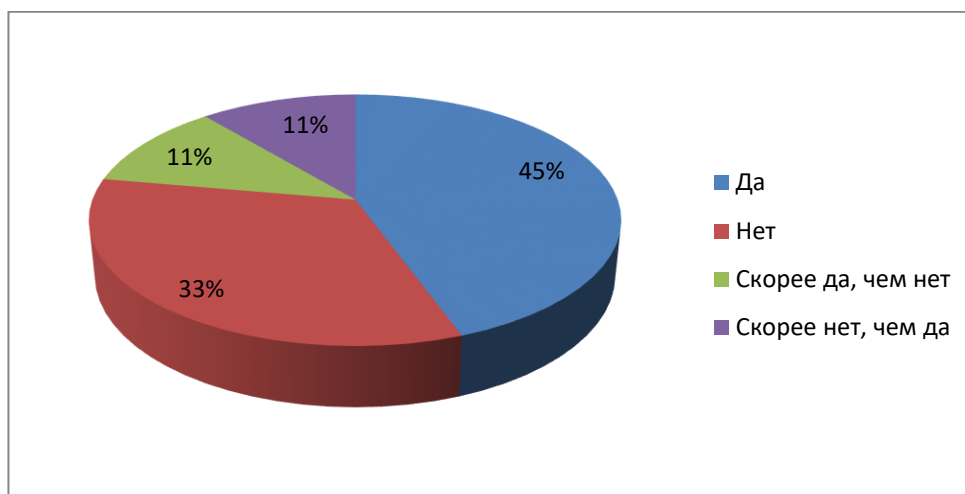


Рис. 10. Распределение респондентов по проблемам в социальной жизни из-за заболевания

Проведя анализ, можно сделать вывод, что респонденты имеют проблемы в социальной жизни, на что следует обратить внимание и оказать им соответствующую помощь.

Исходя из полученных данных анкетирования, на диаграмме мы видим следующее, что 3 респондента (34%) имеют проблемы с работой, 3 респондента (33%) не имеют проблем с работой, 2 респондента (22%) имеют весомые трудности на работе, 1 респондент (11%) имеют трудности на работ, но характерно не влияющие (Рис. 11).

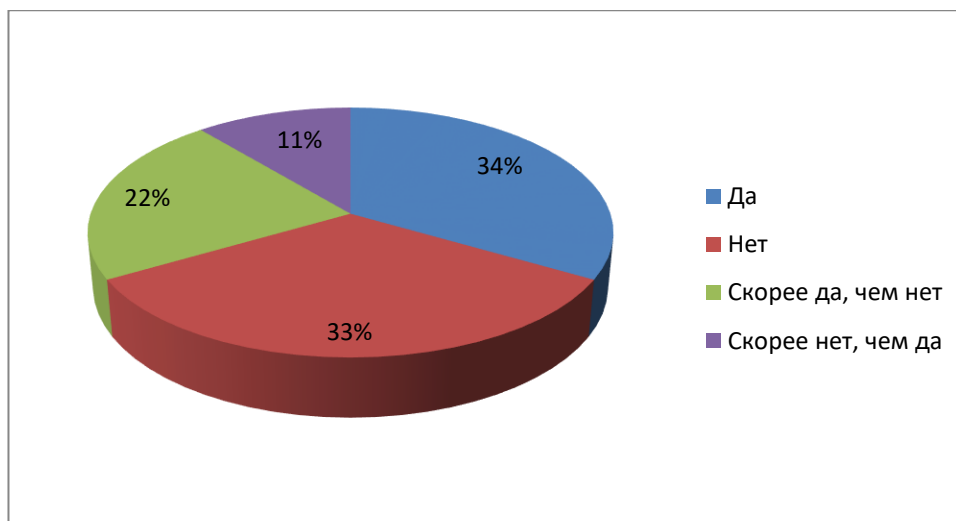


Рис. 1. Распределение респондентов по влиянию заболевания на трудоустройство

По результатам опроса, делаем вывод, что большая часть респондентов имеют трудности на работе или не работают вовсе, что отрицательно сказывается на качестве их жизни и таким лицам должно уделяться внимание.

По проанализированным данным опроса показано следующее, что 3 респондента (33%) имеют проблемы в отношениях с родственниками и близкими, 4 респондента (45%) не имеют проблем с близкими, 1 респондент (11%) имеет проблемы, но не уверен в ответе, 1 респондент (11%) не имеет проблем, но сомневается в ответе (Рис. 12).

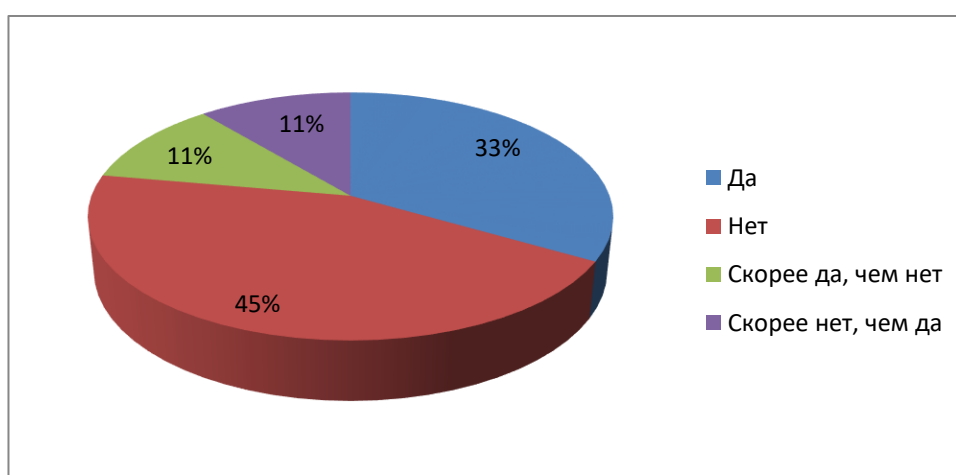


Рис. 2. Распределение респондентов по проблемам в отношениях с родственниками из-за заболевания

Исходя из данных анализа опроса, делаем вывод, что большая часть пациентов не имеют проблем в отношениях с родственниками и близкими, а та часть которая имеет проблемы нуждаются в специализированной помощи, потому как это влияет на их качество жизни.

2.3. Исследование деятельности медицинской сестры для улучшения качества жизни пациентов с эпилепсией

Для исследования нами была составлена анкета, состоящая из 7 вопросов. В анкетировании приняли участие 10 медицинских сестер неврологического отделения и поликлиники и были обработаны полученные данные. (Приложение 2)

Из полученных нами данных следует, что 5 респондентов (50%) имеют стаж до 5 лет работы в неврологическом отделении, 4 респондента (40%) работают в неврологическом отделении течении 5-10 лет, 1 респондент (10%) работает в неврологическом отделении 10-15 лет (Рис. 13).

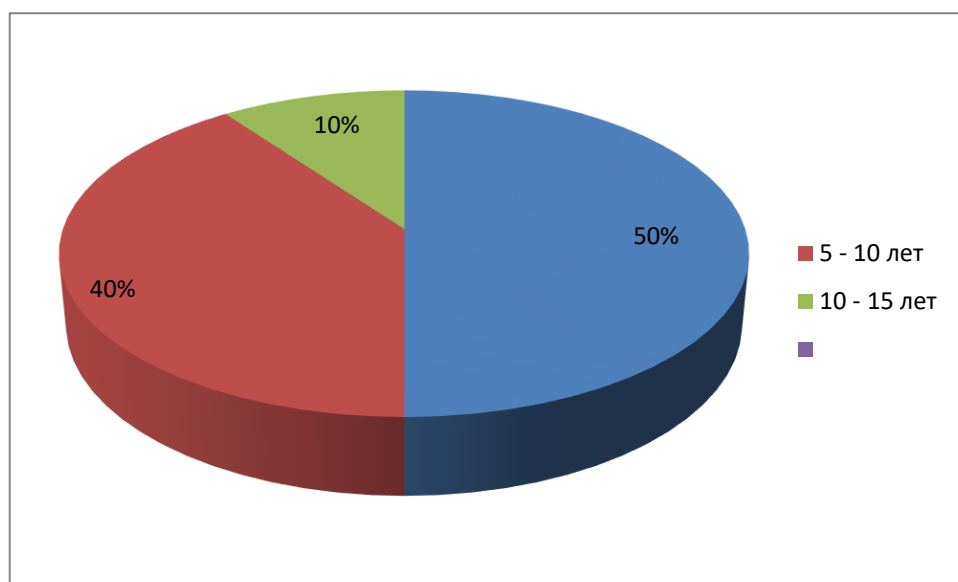


Рис. 3. Распределение респондентов по стажу работы в неврологическом отделении

Из полученных данных, мы составили дигramму на которой мы видим следующее, что 4 респондента (40%) встречаются с агрессией, 4 респондента (40%) встречаются с навязчивостью, 1 респондент (10%) встречался с депрессией, 1 респондент (10%) встречался с дисфорией (Рис. 14).

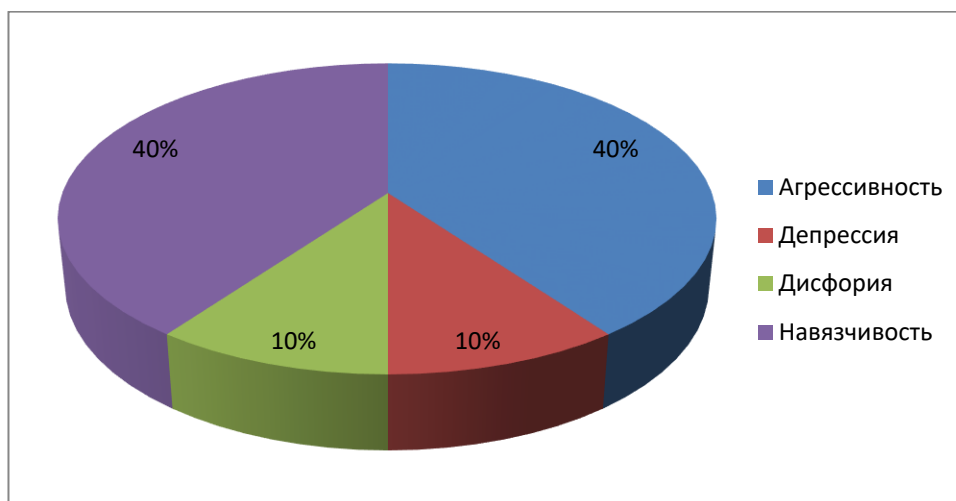


Рис. 14. Распределение респондентов по сложности при общении с пациентами

По результатам исследования, делаем вывод, что респонденты встречается с агрессией, навязчивостью дисфорией и депрессией, что негативно влияет на их самочувствие и психологическое здоровья в результате общения с пациентами.

По данным анкеты, мы составили диаграмму на которой показано, что 4 респондента (40%) дают рекомендации пациентам и их родственникам, 1 респондент (10%) делает это постоянно, 2 респондента (20%) дают рекомендации редко, а 3 респондента (30%) не дают рекомендации (Рис. 15).

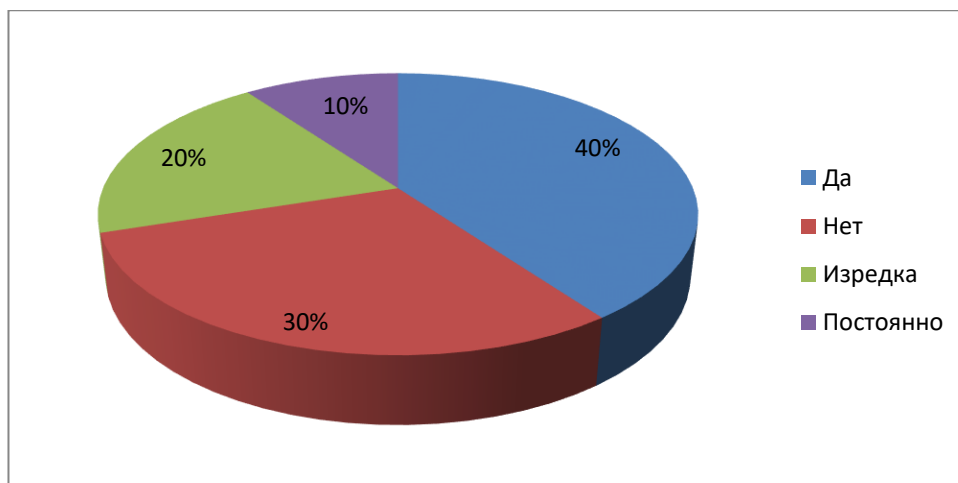


Рис. 4. Распределение респондентов по предложению рекомендаций родственникам и больному

Проведя анализ полученных данных делаем вывод, что большая часть респондентов дают рекомендации пациентам с эпилепсией и их родственникам, но имеются респонденты, которые не дают рекомендаций.

Из полученных из результатов анкетирования, мы составили диаграмму на которой показано, что 5 респондентов (50%) беседуют о первой помощи при приступе с родственниками, 3 респондента (30%) проводят беседу постоянно, а 2 респондента (20%) данную беседу не проводят (Рис. 16).

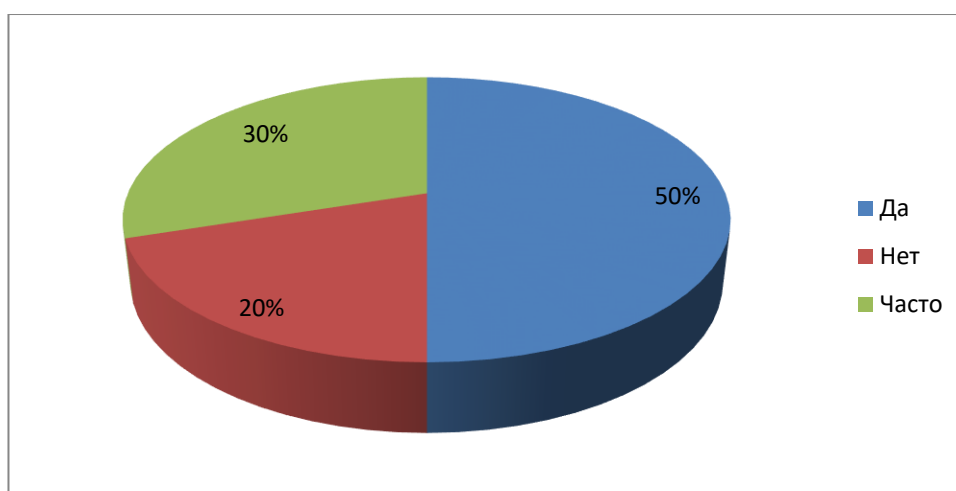


Рис. 16. Распределение респондентов проводящих беседу о первой помощи при приступе

По результатам полученных данных, делаем вывод, что большая часть респондентов понимают важность бесед на тему первой помощи при приступе с родственниками пациентов.

Из полученных данных опроса, мы составили диаграмму на которой мы видим, что 2 респондента (20%) используют метод беседы на тему первой помощи при приступе, 1 респондент (10%) используют метод рекомендаций, 2 респондента (20%) проводят беседы с пациентом, 3 респондента (30%) используют метод раздачи информативных памяток, 2 респондента (20%) проводят беседы с родственниками (Рис. 17).

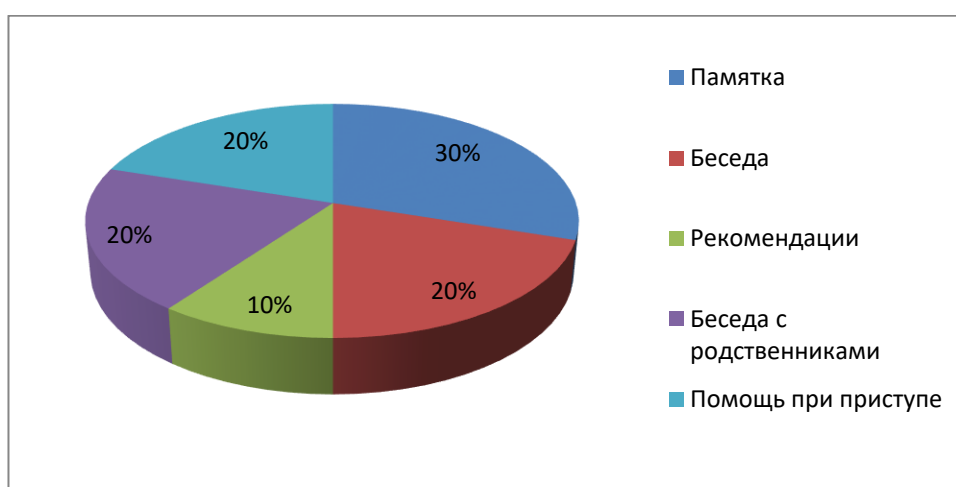


Рис. 5. Распределение респондентов используемым методам

Проведя анализ полученных данных, делаем вывод, что все опрошенные респонденты применяют различные методы для помощи и улучшения качества жизни.

Из полученных данных мы видим, что 2 респондента (20%) дают рекомендации по приему лекарственных препаратов, 1 респондент (10%) дает рекомендации по режиму сна, 5 респондентов (50%) используют все предложенные варианты, 2 респондента (20%) дают рекомендации по режиму питания (Рис. 18).

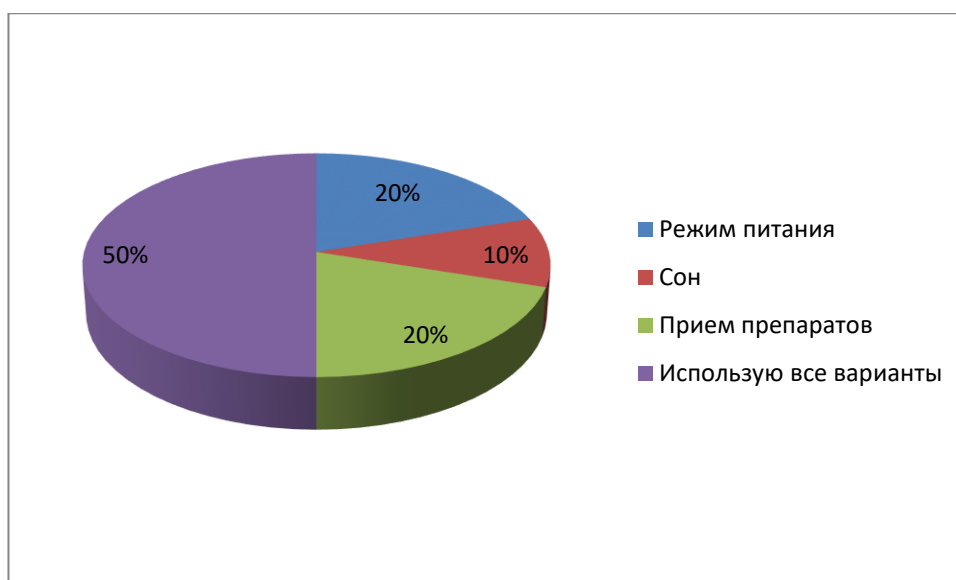


Рис. 6. Распределение респондентов по используемым видам рекомендаций пациенту

По данным опроса полученным в анкетах, мы можем сделать вывод, что все респонденты так или иначе влияют на улучшение качества жизни пациентов с эпилепсией предоставляя родственникам и пациентам информацию по улучшению качества жизни.

На диаграмме составленной по результатам анкетирования показано, что 4 респондента (40%) считают, что при должной терапии пациенты находятся в длительной ремиссии, 3 респондента (30%) склонны к положительному результату, 1 респондент (10%) склонны к отрицательному результату, 2 респондента (20%) считают этот вариант не может быть действительностью (Рис. 19).

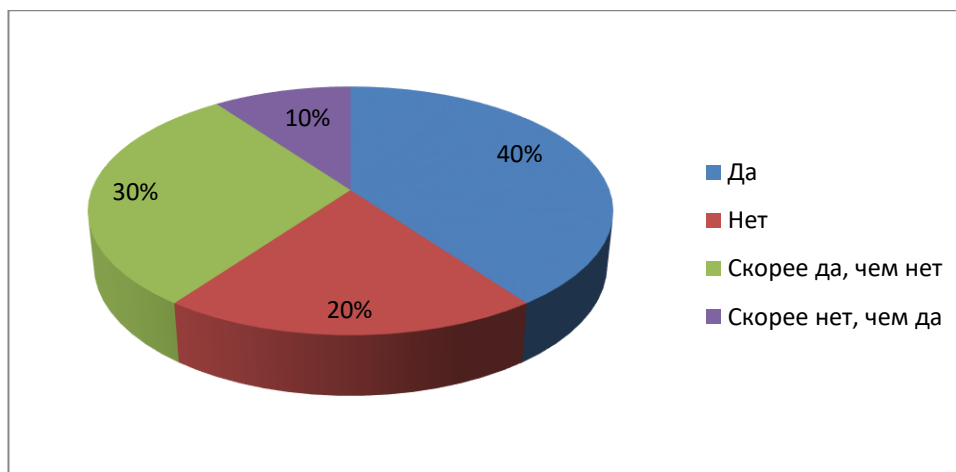


Рис. 7. Распределение респондентов, считающих должный уход за больным эпилепсией положительным для продолжительной ремиссии

Исходя из данных опроса, можем сделать вывод, что большая часть респондентов относится к оказанию медицинских услуг с особой важностью в целях достижения лучшего результата.

Проведя исследование методом анкетирования, мы можем с уверенностью сделать вывод, что мероприятия по улучшению качества жизни со стороны медицинской сестры больным эпилепсией являются неотъемлемой частью их качественной жизни и могут оказать влияние на ее улучшение, а также на их долгое пребывание в стадии ремиссии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эпилепсия, как заболевание ухудшающее качество жизни негативно влияет на пациентов, изменяя их психическое состояние, ухудшающее их здоровье, положение в социальной жизни, отношения с близкими и родственниками, а так же отрицательно сказывается на их трудоустройстве и дальнейшей жизни.

Качество жизни – понятие используемое в медицине, которое включает в себя объективные и субъективные факторы, такие как состояние здоровья, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт, социальное окружение, удовлетворение культурных и духовных потребностей, психологический комфорт и т. п.

В первой главе нашего исследования, нами были рассмотрены и изучены теоретические аспекты эпилепсии и их влияние на качество жизни пациентов больных данным заболеванием.

Качество жизни считается одним из неотъемлемых критериев состояния самочувствия. Оно во многом находится в зависимости от информированности больных с эпилепсией, их членов семьи и близких о важных медицинских вмешательствах и последующем виде жизни.

Во второй главе мы провели исследование влияния эпилепсии на качество жизни пациентов с данным заболеванием и роли медицинской сестры в улучшении качества жизни данных пациентов на примере неврологического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2» и сделали следующие выводы:

1. По нашему мнению и исходя из проведенной работы, мы считаем, что медицинская сестра играет одну из основных ролей в осуществлении ухода за больными, страдающими эпилепсией, как в условиях стационара, так и в условиях поликлиники. В момент нахождения больного на лечении, медицинская сестра обязана выполнить максимально возможный спектр мероприятий для совершенствования качества жизни больного. Главная задача медицинского сотрудника –

приостановить прогрессирование болезни, способствовать установлению длительной ремиссии и, в целом, помочь облегчить жизнь пациента.

2. Используя теорию и данные нашей работы, мы делаем вывод, что предупреждение новых приступов, благодаря правильному приему лекарственных средств с соблюдением режима их приема помогает пациентам с эпилепсией улучшить их качество жизни;
3. Мы сделали вывод, что необходимо уделить внимание на устранение эмоциональных перегрузов, стрессов, веществ, ситуаций, которые являются непосредственными причинами припадков.

Рекомендации, которые мы бы хотели предложить основываясь на проведенной работе:

1. Мы считаем, что консультирование семьи и близкого окружения для выработки правильного их отношения, как к человеку, так и к его болезни улучшит его положение в социуме, что положительно повлияет на его качество жизни;
2. Мы считаем, что стоит привлекать службы психологической помощи, службы социальных работников для нормализации психологического состояния, превратив его в полноценного члена общества.

Таким образом, не обращая внимания на имеющийся прогресс в развитии технологий диагностики и лечения эпилепсии, решение организационных и социальных вопросов, связанных с эпилепсией, остается насущной проблемой, требующей корректировки. Человек с диагнозом эпилепсия – это обычный человек с определенными особенностями в состоянии здоровья

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев, Е.И., Эпилепсия и ее лечение / Гусев Е.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с.
2. Гусев, Е.И., Неврология / Гусев Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 880 с.
3. Иванец, Н.Н., Психиатрия и медицинская психология: учебник / И. И. Иванец и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 896 с.
4. Неврология: национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.
5. Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология: учебник / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 640 с.
6. Незнанов, Н.Г., Психиатрия: учебник / Незнанов Н.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 496 с.
7. Никифоров, А.С., Общая неврология / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 704 с.
8. Обуховец, Т.П., Основы сестринского дела: практикум / Т.П. Обуховец - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 603 с.
9. Организация специализированного сестринского ухода : учеб. пособие / Н. Ю. Корягина [и др.] ; под ред. З. Е. Сопиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 464 с.
10. Основы сестринского дела / Т. П. Обуховец, О. В. Чернова ; под ред. Б. В. Кабарухина. - Изд. 22-е, стер. - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 766 с.
11. Практическая неврология / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с.
12. Сестринская помощь в неврологии : учебник для средних медицинских учебных заведений / А. М. Спринц [и др.] ; под ред. А. М. Спринца. — СПб. : СпецЛит, 2014. — 415 с.
13. Сестринский уход в неврологии: Учебное пособие. – СПб.:

Издательство «Лань», 2018. – 440 с.

14. Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях / Смолева Э.В.; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 365 с.

15. Сестринское дело в неврологии: учебник / под ред. С. В. Котова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с.

16. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии / Бортникова С.М. (Цыбалова), Зубахина Т.В., Кабарухина А.Б.; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 475 с.

17. Смолева, Э.В., Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Смолева Э.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 473 с.

18. Тарасевич, Т.В., Сестринское дело: учеб. / Т.В. Тарасевич - Минск : РИПО, 2017. - 587 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Данное социологическое исследование проводится с целью определить качество Вашей жизни. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. В некоторых вопросах возможен Ваш вариант ответа. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. Ваш пол?
 - а) Женский;
 - б) Мужской

2. Ваш возраст?
 - а) 20-35 лет
 - б) 36-45 лет
 - в) 46-55 лет
 - г) 56-75 лет

3. Имеются ли у Вас предвестники приступа эпилепсии?
 - а) Да;
 - б) Нет;
 - в) Если да, укажите какие:_____.

4. Как часто у Вас бывают приступы?
 - а) Меньше одного раза в месяц;
 - б) Меньше одного раза в шесть месяцев;
 - в) Отсутствуют уже в течение года.

5. Состоите ли Вы на учете у невролога?
 - а) Да;
 - б) Нет.

6. Получаете ли Вы какую-либо консультативную помощь от медицинских сестер по поводу своего заболевания?

- а) Да;
- б) Нет;
- в) Часто;
- г) Редко.

7. Где Вы обычно проходите лечение? (можно указать несколько ответов)

- а) В стационаре;
- б) В платных учреждениях;
- в) Другое (напишите): _____.

8. Имеются ли проблемы в социальной жизни из-за Вашего заболевания?

- а) Да;
- б) Нет;
- в) Скорее да, чем нет;
- г) Скорее нет, чем да.

9. Оказывает ли Ваше заболевание влияние на трудоустройство (работу)?

- а) Да;
- б) Нет;
- в) Скорее да, чем нет;
- г) Скорее нет, чем да.

10. Вызывает ли Ваше заболевание проблемы в отношениях с близкими людьми?

- а) Да;
- б) Нет;
- в) Скорее да, чем нет;
- г) Скорее нет, чем да.

Анкета

Уважаемые участники, данное социологическое исследование проводится с целью определить роль медицинской сестры в улучшении качества жизни больных эпилепсией. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. В некоторых вопросах возможен Ваш вариант ответа. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. Каков Ваш стаж работы в неврологическом отделении?
 - а) До 5 лет
 - б) 5-10 лет
 - в) 10-15 лет
 - г) укажите свой вариант: _____

2. С какими сложностями Вы встречались при общении с больными эпилепсией?
 - а) Агрессивность
 - б) Депрессия
 - в) Дисфория
 - г) Навязчивость
 - д) Укажите свои варианты: _____

3. Даете ли Вы рекомендации касательно улучшения качества жизни больному и родственникам?
 - а) Да
 - б) Нет
 - в) Изредка
 - г) Постоянно

4. Проводите ли Вы беседу с родственниками на тему первой помощи при приступе эпилепсии?

- а) Да
- б) Нет
- в) Часто, но не со всеми

5. Какие методы Вы используете для решения проблем возникающих у пациентов с эпилепсией?

- а) Памятка
- б) Беседа
- в) Консервативное лечение препаратами
- г) Беседа с родственниками
- д) Помощь в контроле приступов и их прогнозирования
- е) Укажите свои варианты: _____

6. Какого рода рекомендации Вы даете пациентам с эпилепсией?

- а) По режиму питания
- б) По режиму сна
- в) По правилам приема лекарственных средств
- г) Использую все варианты

7. Исходя из Вашего опыта, можете ли Вы сделать вывод, что при правильной терапии и сестринской помощи больные долгосрочно могут находиться в стадии ремиссии?

- а) Да
- б) Нет
- в) Скорее да, чем нет
- г) Скорее нет, чем да